



## 차별 대우에 대한 이의제기서

연락처: DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
DIVISION OF ACCESS AND EQUAL OPPORTUNITY  
PO BOX 45839  
OLYMPIA WA 98504-5839

메시지: (360) 753-7049 or 1-800-521-8060  
TDD: (360) 586-4289 or 1-800-521-8061  
팩스: (360) 586-7497  
전자우편: daeocomplaints@dshs.wa.gov

|   |   |   |                                  |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
|---|---|---|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|--|--|
| 이의제기자 성명  |   | 전화번호 1. 직장 2. 주택(기입 여부 자유)<br>1. 2.   |                                  |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
| 주소  | 도로  | 시   | 주 우편번호                           |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
| 귀하를 차별 대우 한 사람의 이름과 직책  |   | 전화번호  |                                  |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
| 기관명/지역 번호   |   | 시   | 주 우편번호                           |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
| <b>차별 대우를 받은 사례:</b><br><input type="checkbox"/> 채용<br><input type="checkbox"/> 서비스 |   | <b>근거:</b><br><table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 피부 색</td> <td><input type="checkbox"/> 장애여부</td> <td><input type="checkbox"/> 결혼여부</td> <td><input type="checkbox"/> 월남 재향군인</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 인종</td> <td><input type="checkbox"/> 종교</td> <td><input type="checkbox"/> 국적</td> <td><input type="checkbox"/> 장애 재향군인</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 연령</td> <td><input type="checkbox"/> 신념</td> <td><input type="checkbox"/> 성적 지향</td> <td><input type="checkbox"/> 보복 행위</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 성별</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 인도건 혹은 서비스 동물을 사용함</td> </tr> </table> |                                  | <input type="checkbox"/> 피부 색 | <input type="checkbox"/> 장애여부 | <input type="checkbox"/> 결혼여부 | <input type="checkbox"/> 월남 재향군인 | <input type="checkbox"/> 인종 | <input type="checkbox"/> 종교 | <input type="checkbox"/> 국적 | <input type="checkbox"/> 장애 재향군인 | <input type="checkbox"/> 연령 | <input type="checkbox"/> 신념 | <input type="checkbox"/> 성적 지향 | <input type="checkbox"/> 보복 행위 | <input type="checkbox"/> 성별 | <input type="checkbox"/> 인도건 혹은 서비스 동물을 사용함 |  |  |
| <input type="checkbox"/> 피부 색   | <input type="checkbox"/> 장애여부               | <input type="checkbox"/> 결혼여부   | <input type="checkbox"/> 월남 재향군인 |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 인종   | <input type="checkbox"/> 종교                 | <input type="checkbox"/> 국적   | <input type="checkbox"/> 장애 재향군인 |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 연령   | <input type="checkbox"/> 신념                 | <input type="checkbox"/> 성적 지향  | <input type="checkbox"/> 보복 행위   |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 성별   | <input type="checkbox"/> 인도건 혹은 서비스 동물을 사용함 |   |                                  |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
| 일어난 사건에 대한 경위 설명과 날짜를 기입 하시오(필요할 경우 다른 용지를 사용 하시오).                                 |   |   |                                  |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
|   |   |   |                                  |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
|   |   |   |                                  |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
|   |   |   |                                  |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
|   |   |   |                                  |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
|   |   |   |                                  |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |
| 이의제기자의 서명   |   | 날짜  |                                  |                               |                               |                               |                                  |                             |                             |                             |                                  |                             |                             |                                |                                |                             |   |  |  |

DSHS 22-171(X) K0 (Rev. 12/99)

Washington State Department of Social and  
Health Services  
Division of Access and Equal Opportunity  
PO Box 45839  
Olympia, WA 98504-5839

(우편으로 부칠 경우에는 접은 후 스테이플러를 사용하지 말고 테이프를 사용하십시오)

# 무차별 정책

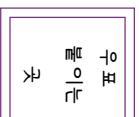
## 램플릿 내용:

- 무차별, 기회균등에 대한 보건 사회부(DSHS)의 정책 및 차별 대우에 대한 이의제기 절차: 그리고
- DSHS로부터 차별 대우를 받았다고 생각하는 사람이 이용 할 수 있는 서비스 설명



이용 및 기회 균등부

Korean



## 정 책

DSHS의 정책으로써, (체용 및 서비스) - 인종, 피부색, 신념, 종교, 국적, 연령, 성별, 현지각 상태, 정신 또는 신체상의 장애 상태, 장애인의 동물(훈련된 개나 서비스 동물) 사용여부;(체용이만 해당) - 결혼여부, 재향 군인의 장애 상태, 월남 재향 군인여부; 그리고 (주정부직 체용이만 해당) - 성적 지향과 같은 이유로 사람을 차별해서는 아니 되는 정책입니다. 서비스 제공이나/또는 채용하는데 상기에 기재된 요인을 근거로 불공평하게 이행되는 것은 DSHS의 무차별 정책을 위반하는 것입니다. 이러한 사례의 몇 가지를 아래에 기재합니다.

- 서비스나 혜택 거부;
- 채용이나 승진 거부;
- 미식 수화(ASL)를 비롯하여, 적절한 통역관을 마련하지 않을 경우;
- 건물의 출입에 어려움이 있어 서비스 이용이 제한적일 경우;
- 장애자가 모든 프로그램이나 활동 그리고 서비스에 온전히 참여하는데 적당한 편의 시설이 부족할 경우;

- 컨설턴트 또는 자원 봉사자로 혹은 위원회나 임원회 역임의 기회를 거부할 경우.

## 무 차별 계획

DSHS의 무차별 계획(Nondiscrimination Plan)은 모든 사람에게 기회가 주어져야 하며, 차별 대우를 해서는 안된다는 DSHS의 공식 정책 및 공약을 반영하고 있습니다. 본 계획은 DSHS에서 하는 서비스와 채용, 그리고 DSHS의 모든 프로그램과 활동에서 연방 재정 원조를 받고 있는 DSHS의 부속 수혜자(기관)에게도 적용됩니다.

DSHS의 무차별 계획은 1972년에 개정된 1964년 민권법 Titles VI 및 VII; 대통령 명령 제 11250호; 개정된 1973년의 사회복귀법 제503, 504항; 1967년 연령차별 대우법; 1975년 채용 관련 연령차별 대우법; 개정된 1974년 월남 재향 군인 재조정 원조법; 1990년의 장애자법; 1991년 민권법; 차별 대우 반대에 대한 워싱턴 주법 RCW 49.60; 확약 조치법 RCW 49.74 및 워싱턴 주지사 명령법 제 89-01, 93-07 그리고 96-04호와 일치합니다.

DSHS의 무차별 계획 사본은 이용 및 기회 균등부(DAE0)나 각 DSHS 사무실에서 입수 할 수 있습니다.

## 차별대우에 대한 이의제기

DSHS에서 귀하를 차별 대우하였다고 생각하시면 본 팸플릿의 뒷면에 있는 차별대우에 대한 이의제기서를 작성하셔서 차별 대우 행위(들)에 대한 혐의가 있었던 날짜로부터 180일 이내로 본 이의제기서를 DAE0로 보내 주시기 바랍니다.

앞서 기재한 요인을 근거로 차별대우를 경험하셨으면 DAE0로 연락을 하십시오.

주 및 연방법에 따라 다음 기관에 이의를 제기할 수도 있습니다.

- 워싱턴 주 인권 위원회 (Washington State Human Rights Commission); 1-800-233-3247
- 미 위생 및 인적 사무국, 민권 사무실 (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights); 1-800-362-1710
- 미 법무성 (U.S. Department of Justice); 1-800-514-0301
- 미 고용 기회 균등 위원회 (U.S. Equal Employment Opportunity Commission); 1-800-669-3362 또는
- 미 농무성-식품 및 영양 서비스 (U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services, 푸드스탬프 프로그램 관리에 대한 차별대우) 보낼 곳: Secretary of Agriculture, Washington, D.C. 20250

DAE0로 하는 이의 제기는 앞칸에 기재된 대외 기관의 이의 제기 기간을 유지해 주지는 않습니다. 대외 기관으로 하는 이의제기 지정 기간(일반적으로 달력 일자로 180일)을 결정 하려면 반드시 각 기관에 연락을 하시기 바랍니다. 첨부된 이의제기서를 작성하기로 선택하셨으면, DAE0에서는 관할권을 결정하여 귀하에게 연락을 할 것이며, 이의 제기에 대한 조사와 사실 인정을 확인할 것입니다. 기밀성은 보장 할 수는 없습니다만, 가능한한 정보를 기밀로 취급 할 것입니다.

차별 대우가 이행되었다고 결정되면 DAE0에서는 먼저 그에 대한 조정을 시도 할 것이며, 차별대우 이행 행위를 없애기 위한 개정과 시정에 대한 활동을 추천 할 것입니다.

## 보복 행위

주정부 및 연방 정부 그리고 DSHS 정책에는 모든 보복 행위를 금지하고 있습니다. 이의 제기자나 이의 제기 조사를 원조하는 모든 사람은 협박, 위협, 강압, 혹은 차별대우를 받아서는 아니됩니다. 이의제기 특징상, 보복 행위(들)에 대한 혐의는 반드시 달력 일자로부터 180일 이내로 제기 하셔야 합니다.